

سجل معلومات الطفل
ولاية ميشيغان
Department of Human Services
مكتب الترخيص لشؤون الأطفال والبالغين

تاريخ الإدخال	أنواع الحساسية، إن وجدت				
تاريخ الإخراج					
إسم الطفل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الإسم الأوسط)		العنوان (رقم و إسم الشارع، رقم المبنى / الشقة)			
تاريخ ميلاد الطفل	رقم هاتف البيت ()	الولاية	الرمز البريدي		
إسم الأب / ولي الأمر الشرعي		رقم هاتف البيت	إسم الأم / ولي الأمر الشرعي		رقم هاتف البيت
عنوان البيت (إن لم يكن عنوان الطفل)		رقم هاتف الجوال	عنوان البيت (إن لم يكن عنوان الطفل)		رقم هاتف الجوال
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي
إسم صاحب العمل / المدرسة		إسم صاحب العمل / المدرسة			
العنوان (صاحب العمل / المدرسة)		العنوان (صاحب العمل / المدرسة)			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	الولاية	المدينة	الرمز البريدي
رقم هاتف صاحب العمل / المدرسة ()	ساعات الدوام اليومي في العمل / المدرسة	رقم هاتف صاحب العمل / المدرسة ()	ساعات الدوام اليومي في العمل / المدرسة		
إسم الشخص (أسماء الأشخاص)، غير أحد الوالدين أو ولي الأمر الشرعي، الذي يمكن إخراج الطفل معه					

من قبل Department of Human Services

أذن للمرخص له

(إسم مقدم الرعاية)

(إدارة الخدمات الإنسانية) أن يؤمن العلاج الطبي الطارئ و/أو العلاج الجراحي الطارئ للطفل القاصر المسمى أعلاه بينما يكون قيد رعايته.

توقيع الوالد أو ولي الأمر الشرعي		تاريخ التوقيع	
إسم طبيب الطفل أو العيادة الصحية		رقم هاتف الطبيب أو العيادة الصحية ()	
عنوان طبيب الطفل أو العيادة الصحية		إسم شركة التأمين الصحي	
إسم المستشفى المفضل للعلاج الطارئ		رقم بوليصة التأمين الصحي	
الإحتياجات الخاصة:		تاريخ آخر تطعيم للتطعيم الثلاثي - DTaP (الخنثاق، والكزاز، والسعال الديكي)	
إسم الشخص المحلي الذي يمكن تبليغه في حال وقوع حالة طارئة عندما لا يكون الوالدين موجودين		إسم الشخص المحلي الذي يمكن تبليغه في حال وقوع حالة طارئة	
رقم هاتف البيت و/ أو الجوال ()	رقم هاتف العمل ()	المدينة، الولاية	الرمز البريدي
تعليمات خاصة:			
لن تميزَ Department of Human Services (DHS) (إدارة الخدمات الإنسانية) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، الجنس، الديانة، العمر، الأصل الوطني، اللون، الطول، الوزن، الحالة الزوجية، المعتقدات السياسية أو الإعاقة. إن كنت تتطلب إلى مساعدة في القراءة، الكتابة، السمع، ... إلخ، فندعوك بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act) أن تعلم مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها باحتياجاتك.			AUTHORITY: Act 116 of P.A. 1973 COMPLETION: Required PENALTY: Rule Violation Citation.